



SGR:

PCS: / Total:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Para a Rio Abaixo Rafting & Aventura sua segurança e diversão são nossas prioridades, mas em toda atividade de aventura existe um elemento de risco. Visando preservar sua integridade física, a Rio Abaixo Rafting & Aventuras fornece capacete, luvas, cadeirinhas (tirolesa, parede de escalada e arvorismo), colete salva vidas, cabos de resgate, safety, caiaque equipado com kit de primeiros socorros, instrutores treinados em resgate básico e pelo Corpo de Bombeiros. O uso de todos os equipamentos de segurança acima citados e calçado adequado, são obrigatórios durante todas as atividades oferecidas pela Rio Abaixo Rafting. Serão dadas todas as instruções, procedimentos de segurança e condução dos equipamentos por nossos guias e monitores.

Eu, Data de nasc...../...../..... CPF..... Cel

E-mail..... Profissão: Alergias a medicamentos: () sim () não () não sabe

Tipo sanguíneo Restrições médicas:Qual: Sofre alguma enfermidade

Qual: Você está grávida? () sim () não Quem avisar em caso de emergência? Tel:

Declaro para devidos fins:

1. Que estou participando das atividades da **Rio Abaixo Rafting & Aventuras**, ciente dos riscos envolvidos. As informações mínimas para os clientes estão disponíveis no site rioabaixo.com e base operacional, e saber que na natureza há riscos com animais e plantas assim como os riscos de arranhões e feridas quedas que podem ocasionar danos à sua integridade física, inclusive invalidez permanente ou morte;
2. Gozar de boa saúde e ter informado, por escrito, qualquer condição médica adversa, diferente da normalidade, bem como doenças pré-existentes e/ou uso de medicamentos;
3. Ter todas as minhas dúvidas sobre riscos, procedimentos e segurança esclarecidas;
4. Ter ciência de que qualquer ato meu, contrário as informações recebidas e orientações da equipe de operação, podem causar danos a minha integridade física e a de outras pessoas, comprometendo-me a não o fazer, assumindo os riscos por atitudes impulsivas, impensadas e irresponsáveis, que por dolo ou culpa venha a fazer;
5. Estar ciente de que a Rio Abaixo tem o direito de cancelar e/ou modificar a atividade a qualquer momento sem aviso prévio, por motivos meteorológicos e de segurança. Nesses casos a decisão cabe ao coordenador da atividade;
6. Ter informado com letra legível todos os dados necessários, me responsabilizando pelas informações fornecidas;
7. Usar tênis em qualquer atividade operada pela Rio Abaixo Rafting;
8. Aconselhamos o uso de repelente e protetor solar;
9. Isentando de quaisquer responsabilidades a "**RIO ABAIXO RAFTING & AVENTURAS**" de eventuais danos causados a objetos pessoais (lente de contato, óculos, relógios, celular, máquina fotográfica, etc..).
10. Autorizo a Rio Abaixo Rafting & Aventuras usar minhas imagens (foto e/ou vídeo) para divulgação no site, TV, mídias e eventos de divulgação. () sim () não

Sob sua responsabilidade estão:

Nome: Data de nasc...../...../..... Tipo sanguíneo SGR:

Você está grávida? () sim () não Alergias a medicamentos: () sim () não () não sabe Restrições médicas:Qual:

Sofre alguma enfermidade Qual: Quem avisar em caso de emergência? Tel:

Nome: Data de nasc...../...../..... Tipo sanguíneo SGR:

Você está grávida? () sim () não Alergias a medicamentos: () sim () não () não sabe Restrições médicas:Qual:

Sofre alguma enfermidade Qual: Quem avisar em caso de emergência? Tel:

Nome: Data de nasc...../...../..... Tipo sanguíneo SGR:

Você está grávida? () sim () não Alergias a medicamentos: () sim () não () não sabe Restrições médicas:Qual:

Sofre alguma enfermidade Qual: Quem avisar em caso de emergência? Tel:

Nome: Data de nasc...../...../..... Tipo sanguíneo SGR:

Você está grávida? () sim () não Alergias a medicamentos: () sim () não () não sabe Restrições médicas:Qual:

Sofre alguma enfermidade Qual: Quem avisar em caso de emergência? Tel:

Nome: Data de nasc...../...../..... SGR:

Tipo sanguíneo Você está grávida? () sim () não Alergias a medicamentos: () sim () não () não sabe Restrições médicas:

Qual: Sofre alguma enfermidade Qual:

Nome: Data de nasc...../...../..... SGR:

Tipo sanguíneo Você está grávida? () sim () não Alergias a medicamentos: () sim () não () não sabe Restrições médicas:

Qual: Sofre alguma enfermidade Qual:

Quem avisar em caso de emergência? Tel:

Data:/...../20.....

Assinatura:.....

Todos os participantes são assegurados por uma companhia de seguros de aventura.